

# Управление качеством своевременного оказания медицинской помощи населению

В статье исследуется один из ключевых факторов, влияющий на качество медицинского обслуживания населения – своевременность оказания медицинской помощи. Актуальность и необходимость данного исследования проявилась в связи с недостаточным вниманием органов здравоохранения, научного сообщества к изучению, оценке уровня качества медицинской помощи, оказываемой таким категориям населения, как жители отдалённых, труднодоступных и малочисленных сельских поселений; население, работающее или самоорганизованно отдыхающее в труднодоступных местах; жители сельской местности, совершающие поездки на рейсовых автобусах, личных автомобилях с различными целями, включая вынужденные поездки для получения полноценной медицинской помощи, и попавшие в ДТП на труднодоступных участках автомобильных дорог.

Своевременность медицинской помощи предполагает проведение профилактических мероприятий, позволяющих выявить либо вообще предотвратить заболевания: регулярная диспансеризация (углублённый медицинский осмотр пациентов врачами, специализирующимися по разным болезням) с ранним диагностированием, со сдачей анализов и обследованиями на специальной медицинской аппаратуре; профилактические прививки; санаторно-курортное лечение и восстановление. Своевременность имеет решающее значение при оказании неотложной медицинской помощи пострадавшим в ДТП, в другой аварийной ситуации, при резком обострении хронических заболеваний или в случае первичных заболеваний, проявляющихся в крайне тяжёлой форме, часто требующих доставки больного для лечения в стационарных условиях.

Объектом исследования статьи является – своевременность оказания медицинской помощи населению, оказываемой с использованием автомобильного транспорта. Предметом исследования – механизмы совершенствования организации управления качеством медицинской помощи населению. Цель – проанализировать своевременность медицинской помощи жителям малочисленных, труднодоступных сельских поселений и пострадавшим в дорожно-транспортных

происшествиях, других авариях. Представить основные причины упущений и недостатков в обеспечении своевременности медпомощи. Предложить меры по улучшению сложившегося положения.

Методика и теоретические исследования, проведённые и учтённые автором статьи, включают:

- анализ положений, сведений и данных в научных работах, материалах конгрессов, конференций, семинаров, а также изучение законодательных и нормативных документов;
- определение влияния индикатора своевременности оказания медицинской помощи, оказываемой населению с использованием автотранспорта на показатель качества медицинского обслуживания;
- системный, всесторонний анализ ключевого показателя качества медицинских услуг – своевременности оказания медицинской помощи;
- выделение наиболее значимых соиндикаторов показателя своевременности медицинской помощи, предоставляемой с использованием автомобильного транспорта и исследование условий и форм их проявления, исследование их совместного и индивидуального воздействия на индикатор своевременности качества медицинских услуг с ранжированием их воздействия.

Обозначив ряд причин недостатков в обеспечении своевременности медицинской помощи исследуемым категориям населения, авторы предлагают меры по обеспечению константной своевременности оказания медицинской помощи.

Таким образом, в статье проанализирован ключевой показатель качества – своевременность оказания медицинской помощи населению. Выявлены и исследованы соиндикаторы, оказывающие доминирующее воздействие на своевременность медицинской помощи. Изложены предложения по совершенствованию управления качеством данного показателя.

**Ключевые слова:** своевременная медицинская помощь; соиндикаторы своевременности; качество медицинской помощи; медицинский персонал; автомобили скорой помощи; сельские поселения.

Anatoliy M. Babich, Natal'ya B. Moskaeva

The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

## Quality management of timely provision of medical care

The article examines one of the key factors that affect the quality of medical care – the timeliness of medical care. Actuality and necessity of this research emerged in the lack of attention of health authorities, of the scientific community to study, assess the level of quality of care provided to the category of the population as residents of remote, inaccessible, remote small rural settlements; population working or self-organized resting in remote places; the population which is in the short-organized holiday in difficult and remote locations and others.

The object of the research of the article is – timely provision of medical care provided by road transport. The subject of research is – mechanisms of improve of quality management organization of health care to the population. The purpose – to analyze the timeliness of provision of medical care to residents of small, remote rural communities and victims of road traffic accidents and other accidents. Present the main reasons of the shortcomings in providing timely of medical care. In article proposes measures to improve the situation.

Methodology and theoretical studies conducted by the author include:

- analyzing information and data in scientific papers, materials of congresses, conferences, seminars, and study of laws and regulations;

- determination of the impact indicator of timeliness of care provided to the population with the use of motor vehicles to measure the quality of care;
- a comprehensive analysis of the key indicators of quality of medical services – timely care;
- selection of the most significant indicators index provided by road timeliness of care and study of the conditions and forms of their manifestation, the study of their joint and individual impact on the timeliness of the quality of medical services with the ranking indicator of their impact.

Outlined a number of reasons for deficiencies in providing timely medical care investigated categories of the population, the authors propose to ensure constant timeliness of care measures.

Thus, in the article the key indicator of quality – timely provision of medical assistance to the population. Identifies and examines soindikatory providing a dominant impact on the timeliness of care. Suggestions for improvement of the quality management this indicator.

**Keywords:** timely medical care; indicators of timeliness of medical care; quality of medical care; nursing staff; ambulances; the rural settlements.

## Введение

Как показал анализ авторов, нередко возникают значительные трудности в обеспечении своевременности оказания медицинской помощи следующим категориям населения:

- жителям отдалённых, труднодоступных, малочисленных сельских поселений;

- населению, работающему (часто вахтовым способом) в отдалённых и труднодоступных местах: на лесозаготовках; в местах разведки нефти, газа в местах прибрежной добычи рыбы; на угодьях сельскохозяйственного использования вдали от населённых пунктов;

- населению, самоорганизованно отдыхающему в труднодоступных местах;

- населению, совершающему поездки на рейсовых автобусах, служебном или личном автотранспорте и попадающему в дорожно-транспортные происшествия (ДТП) на труднодоступных и безлюдных участках автомобильных дорог.

Исследования, посвящённые данной проблеме носят дисперсный, фрагментарный характер в то время как несвоевременное оказание медицинской помощи указанным категориям населения заметно сказывается на ряде показателей системы здравоохранения – продолжительности жизни,

естественном приросте населения, охране здоровья матери и ребёнка, социально-экономических потерях в результате смертности (в том числе от дорожно-транспортных происшествий), временной и устойчивой нетрудоспособности и др. Поэтому исследование реального состояния по своевременности оказания медицинской помощи, определение причин упущений и недостатков, выработка мер по повышению данного показателя качества медицинских услуг имеет актуальное значение.

### Ключевые соиндикаторы своевременности оказания медицинской помощи, оказываемой с применением автомобильного транспорта

Начало оказания медицинской помощи зависит от ряда обстоятельств, заметно влияющих на её своевременность. Такие факторы, которые по своей сути являются соиндикаторами своевременности определены и приведены в табл. 1. При этом в таблицу включены лишь наиболее значимые и бесспорные (с точки зрения авторов) соиндикаторы.

Скорость движения медицинского автотранспорта – важный соиндикатор своевременного оказания медпомощи

Прежде всего своевременность оказания медицинской помощи с

использованием автотранспорта зависит от скорости движения ТС с медицинским персоналом и пострадавшими в аварии или больными, нуждающимися в госпитализации. В сущности своевременность оказания медицинской помощи и скорость движения транспортного средства можно рассматривать как единый индикатор качества. Но такая идентичность уместна в основном при оказании услуг скорой медицинской помощи. В других видах медицинской помощи скорость практически не влияет на своевременность. Особую роль своевременность играет при тяжёлых травмах пострадавших в ДТП. В числе основных принципов оказания скорой медицинской помощи пострадавшим с сочетанными (повреждение двух и более областей тела в различном сочетании) шокогенными травмами на догоспитальном периоде в работе [2011, 12, с.12] названы:

- «– оказание неотложной медицинской помощи в оптимальном объёме и в минимальные сроки;

- соблюдение правила «золотого часа»;

- быстрая доставка пострадавшего с шоком непосредственно в шоковую операционную травмоцентра с упреждающим оповещением по радию его дежурной бригады».

Важна правильная маршрутизация пострадавших в ДТП: пострадавшие с шокогенными сочетанными травмами подлежат

Таблица 1

**Интегрированные соиндикаторы ключевого показателя качества медицинских услуг – своевременности медицинской помощи, предоставляемой с использованием автотранспорта**

№ п/п	Наименование соиндикаторов, характеризующих своевременность медицинской помощи	Примечание
1	Скорость движения транспортных средств (ТС) с медицинским персоналом и пострадавшими в ДТП или больными, нуждающимися в госпитализации	
2	Состояние дорог в местах оказания медицинской помощи	Показатель не применяется при оценке своевременности медицинской помощи для жителей городов и населённых пунктов, имеющих дороги с твёрдым покрытием
3	Техническое состояние ТС медиков	
4	Укомплектованность медучреждений, станций скорой медицинской помощи автомобилями повышенной проходимости	Показатель не применяется при оценке своевременности медицинской помощи для жителей городов и населённых пунктов, имеющих дороги с твёрдым покрытием
5	Умение водителей ТС медицинских организаций управлять автомобилем в сложных дорожных и погодных условиях	
6	Наличие фельдшерско-акушерского пункта, амбулатории, иного медицинского пункта в малочисленном, труднодоступном сельском поселении	
7	Уровень эффективности управления медицинскими организациями, персоналом. Степень мотивированности и ответственности медицинского персонала на всех уровнях управления качеством оказания медицинской помощи	

доставке в травмоцентр I уровня, пострадавшие с менее тяжкими травмами – в травмоцентры II, III уровня. В методологии оказания скорой медицинской помощи пострадавшим в ДТП существует такое понятие, как правило «золотого часа». Суть его заключается в том, что если пострадавший с тяжёлыми травмами доставляется в стационар в течение первого часа с момента травмирования (времени «золотого часа»), достигается самый высокий уровень выживаемости. Получается, на вызов скорой, её прибытие, оказание первой медицинской помощи на месте аварии, доставку пострадавшего в условия стационара отпущен всего один час времени. В городских условиях такое вполне возможно, на отдалённых, труднодоступных участках дорог – крайне сложно. Если же к названным дорожным условиям добавляется фактор отсутствия вдоль трассы стационарных средств связи, нестабильной работы мобильных средств связи – «золотой час» просто нереален. Своевременность медпомощи, особенно исследуемым категориям населения, зависит и от следующих соиндикаторов:

- качества автомобильной дороги, по которой движется ТС;
- технической исправности ТС;
- оснащения ТС системами преодоления дорожных препятствий (снежные заносы, скользкое зазеленелое дорожное покрытие, водные преграды, глубокие ямы с грязью);
- умения водителей управлять автомобилем в экстремальных погодных условиях (снежный буран, пыльная буря, ливневый дождь и др.);
- ответственности медицинского персонала на всех уровнях управления качеством медицинской помощи;
- системы мотивации персонала.

### **Техническое состояние автотранспортных средств как фактор влияния на своевременность медицинской помощи**

В раскрытии содержания и роли таких соиндикаторов своевременности, как состояние автомо-

бильных дорог в местах оказания медицинской помощи и укомплектованность медучреждений, станций скорой медицинской помощи автомобилями повышенной проходимости нет необходимости, учитывая их подробную характеристику при рассмотрении показателя доступности медицинской помощи [Москалева, 2014, 10, № 3, с. 188–193]. А вот кратко изложить суть понятия *техническое состояние автомобилей*, транспортирующих медработников и больных или пострадавших в аварии, есть смысл. Тем более, что техническое состояние автомобиля обеспечивает не только своевременность медицинской помощи, но и безопасность пассажиров автомобиля во время их транспортирования. Многие технические состояние автомобиля определяют как его техническую исправность, то есть отсутствие дефектов, препятствующих его функционированию. Тем самым понятия технического состояния и технической исправности отождествляются. Авторы вкладывают в данные понятия несколько иной смысл, более объёмное содержание. Техническое состояние автомобиля предполагает:

- техническую исправность автомобиля, всех его систем и механизмов, что позволяет использовать его по назначению;
- срок эксплуатации и величину пробега, в годах и километрах соответственно;
- оснащённость автомобиля системами безопасности.

Техническая исправность автомобиля обеспечивается владельцем ТС в соответствии с Федеральным законом от 10 декабря 1995 г. № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения»<sup>1</sup>. Техническая исправность достигается проведением периодических технических осмотров транспортного средства в пунктах технического осмотра с выдачей диагностической карты на исправный автомобиль. Помимо указанных техосмотров, владелец ТС обязан проводить проверки технической исправности и

<sup>1</sup> URL:[http://sklad-zakonov.narod.ru/Vlad134/fz\\_№196\\_bdd.htm](http://sklad-zakonov.narod.ru/Vlad134/fz_№196_bdd.htm) (дата обращения: 5.10.2009)

ремонтные работы, предусмотренные руководством по эксплуатации и сервисной (гарантийной) книжкой. Он же всякий раз организует предрейсовую проверку технического состояния ТС в соответствии с требованиями Правил обеспечения безопасности перевозок пассажиров и грузов автомобильным транспортом и городским наземным электрическим транспортом, утверждённых приказом Министерства транспорта Российской Федерации от 15 января 2014 г. № 7<sup>2</sup>. Проверка технической исправности автомобиля перед выездом является обязанностью также и водителя в соответствии с требованиями Правил дорожного движения Российской Федерации, утверждённых постановлением Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 23 октября 1993 г. № 1090<sup>3</sup>. К важным признакам технического состояния ТС отнесены срок его эксплуатации и величина пробега. И то и другое напрямую влияет на техническую исправность транспортного средства, поскольку с ростом срока эксплуатации и величины пробега снижается надёжность всех систем и механизмов. Соответственно, повышается риск возникновения разного рода неисправностей, приводящих к простоям в пути из-за необходимости устранения неисправности и снижению показателя своевременности оказания медицинской помощи. Это в лучшем случае. В худшем – неисправность автомобиля может спровоцировать ДТП с разной степенью последствий как для пассажиров скорой медицинской помощи или жителей, направляющихся в автобусе в медицинское учреждение, так и для других участников дорожного движения. В любом случае всё это отрицательно сказывается на показателе своевременности медицинской помощи и на качестве медицинских услуг в целом. Поэтому важно определить оптимальный срок эксплуатации автомобилей скорой ме-

<sup>2</sup> Российская газета 20 июня 2014. № 136. С.25

<sup>3</sup> Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. 1993. № 47. ст.4531

дицинской помощи и предельную величину их пробега, позволяющие своевременно прибывать бригаде медиков к месту ДТП или местам проживания остро заболевших, а также вовремя доставить пациентов в стационар. Своевременность оказания медицинской помощи имеет значение и для заболевших жителей, которым необходимо самостоятельно добираться на общественном транспорте (для жителей отдалённых сельских поселений и многих городов страны – это исключительно автобусы) до медицинского учреждения. Для авторов данная проблема не является чем-то совсем новым: в монографии [Москалева, 2012, 3, с.380, 384] уже давались рекомендации по срокам эксплуатации автобусов, микроавтобусов, легковых автомобилей и предельным величинам их пробега. В частности, пробег автобусов и микроавтобусов рекомендовалось ограничить величиной не более 800 тыс. километров (для поездок по горным дорогам – не более 300 тыс. км). В пределах рекомендованной предельной величины пробега срок эксплуатации ТС составит 8–10 лет (для автомобилей скорой помощи автор рекомендует ограничить пробег величиной 500 тыс. км, а срок эксплуатации – 8 годами), что приемлемо для постоянного поддержания автобусов, микроавтобусов в исправном состоянии. Последнее, разумеется, возможно только при своевременном и надлежащем проведении периодических и предрейсовых технических осмотров и ремонтов транспортного средства. Исследование показало, устаревший парк автомобилей – своего рода болезнь автотранспорта медицинских организаций и автобусов муниципального общественного транспорта (на последних жители малочисленных, отдалённых сельских поселений часто вынуждены совершать поездки в более крупные населённые пункты для получения полноценной медицинской помощи). И если техническое состояние автомобилей скорой помощи в значительной части субъектов РФ более или менее приемлемое, то износ автобусов общественного транспорта

может достигать более 80% (Вологодская область) или даже 96% (Нижний Новгород и Нижегородская область)<sup>1</sup>. Несколько слов об оснащённости автобусов и микроавтобусов системами безопасности, поддерживающих требуемый уровень технического состояния ТС и помогающих избежать опасных ситуаций в процессе движения. Прежде всего автобусам и микроавтобусам, совершающим перевозки пассажиров (в том числе медиков, больных, пострадавших в аварии) в сложных дорожных условиях (снег, грязь, водные преграды и др.) необходима система полного привода. Помимо системы полного привода, необходимость в которой проявляется на дорогах низкого качества, на автобусах и микроавтобусах целесообразно иметь системы безопасности. Системы безопасности существенно влияют на своевременность предоставления медицинской помощи: доставка медработников и пациентов к месту назначения в сложных дорожных и погодных условиях в требуемые сроки, снижение риска попадания ТС в ДТП с соответствующими последствиями. Кроме того, повышается комфортность и безопасность перевозки медицинских работников, больных, пострадавших в ДТП; заболевших, способных самостоятельно добраться до медицинской организации на автобусах или микроавтобусах.

Одним из соиндикаторов своевременности медицинской помощи является *умение водителей ТС медицинских организаций управлять автомобилем в сложных дорожных и погодных условиях*. По существу, такое умение возможно, если водитель знает конструкцию автомобиля, особенности его систем и механизмов. А главное – опытный водитель имеет многолетнюю практику управления автобусами, микроавтобусами, другими автомобилями разных марок. При этом маршруты движения различаются трафиком, протяжён-

<sup>1</sup> Балабаева И. Обсуждение социально-экономических проблем транспортной отрасли. Автомобильный транспорт. 2014. № 7. С.8-13

ностью, многообразием уровня качества дорог, сложностью (наличие водных переправ, преодоление железнодорожных путей на железнодорожных перекрёстках, горные трассы, холодный климат в течение многих месяцев года). Если водитель водит автомобиль по одному и тому же маршруту годами, требуемых умений, опыта он не приобретёт. Умение уверенно управлять транспортным средством вырабатывается и за счёт частых поездок в экстремальных погодных условиях: гололёд, обильный снегопад, снежный буран; сильный дождь с градом, стелящимся вдоль дороги; пыльная буря. Если у водителя отсутствуют умение и опыт, то на своевременность оказания скорой медицинской помощи, на соблюдение графика движения автобуса с пассажирами (в том числе больными, следующими в медицинскую организацию) рассчитывать не приходится. Более того, несвоевременность медицинской помощи может перерасти в ненужность её оказания. Получается, из-за неумелого водителя страдают больные; люди, попавшие в ДТП; медицинские работники, оказывающие медпомощь. Вот почему станциям скорой помощи, другим медучреждениям, предоставляющим медицинские услуги с использованием автотранспорта, важно иметь не только автомобили в нормальном техническом состоянии, но и умелых, опытных водителей. К сожалению, в подборе водителей для медицинских организаций часто проявляется некомпетентный, формальный подход. Рекомендации по подбору квалифицированных водителей автомобилей подробно изложены в монографии [Москалева, 2012, 11, с.380, 384].

Важным соиндикатором своевременности медицинской помощи является *наличие фельдшерско-акушерского пункта или иного медицинского учреждения в малочисленном, труднодоступном сельском поселении*. Чем более приближена медицинская организация к месту проживания, работы, отдыха сельского населения, тем своевременнее люди получают медицинскую помощь.

**Фактор воздействия на показатель своевременности медицинской помощи – эффективное управление медицинскими учреждениями**

**Выборочные данные численности врачей на 10000 человек населения в 2005, 2010 и 2015 гг.**

2005		2010		2015	
Регион	Чел.	Регион	Чел.	Регион	Чел.
г. Санкт-Петербург	80,0	г. Санкт-Петербург	84,8	г. Санкт-Петербург	73,8
Чукотский автономный округ	78,8	г. Москва	77,7	Чукотский автономный округ	65
г. Москва	72,7	Чукотский автономный округ	76,7	Республика Северная Осетия – Алания	64,5
...					
Курганская область	27,7	Карачаево-Черкесская Республика	33,0	Ленинградская область	33,6
Республика Ингушетия	27,0	Курганская область	29,7	Курганская область	28,8
Чеченская Республика	...*	Чеченская Республика	28,3	Чеченская Республика	27

\* нет данных

Наконец, о последнем соиндикаторе, характеризующем своевременность медицинской помощи и включенном в число интегрированных ключевых показателей (см. табл.1). Своевременность медицинской помощи с применением автотранспорта невозможна без *ответственного отношения к качеству медицинской помощи работников органов здравоохранения всех уровней*. Впрочем, данный соиндикатор, во-первых, вполне можно включить в число ключевых показателей качества медицинской помощи с использованием автотранспорта. Во-вторых, он оказывает воздействие на большинство ключевых индикаторов качества медицинских услуг, на их соиндикаторы. Авторы полагают, что качество медицинской помощи прежде всего зависит от эффективности управления системой менеджмента качества медицинских услуг со стороны руководителей органов здравоохранения на федеральном, региональных и муниципальных уровнях. Как отмечает автор работы [Татарников, 2012, 14, с.12] со ссылкой на позицию специалистов в области менеджмента качества, за 85–95% проблем качества отвечает система менеджмента, и только за 5–15% – непосредственные исполнители. С процентным соотношением можно согласиться не в полной мере, но эффективность любой системы менеджмента качества существенно зависит от уровня управляющих воздействий руководителей всех рангов, их ответственности за порученное дело, квалификации в сфере медицины и области управления персоналом. Эффективности работы руководителей посвящено немало исследований отечественных и иностранных авторов. Особое место среди них занимает работа Питера Друкера «Эффективный руководитель» [Друкер, 2007, 7, с. 73]. Одно из проявлений искусства руководить персоналом – его *мотивация*. Объ-

занностью каждого руководителя является всесторонняя мотивация подчиненных, а руководителя органа здравоохранения, кроме того, мотивация всех работников подчинённой структуры. Решающее значение имеет мотивация путём обеспечения достойной оплаты труда врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Для отечественной медицины проблема крайне актуальна практически в любом регионе, муниципальном образовании. Наличие проблемы подтверждается изданием Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [2012, 15, с. 5861–5862], утверждением государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013–2020 годы, предусматривающих кардинальное изменение сложившейся ситуации в лучшую сторону. В данном вопросе весьма важно, чтобы увеличение заработка медперсонала не происходило за счет сокращения укомплектованности медицинских организаций квалифицированным медицинским персоналом. Особенно это важно для своевременного обслуживания людей в малочисленных и отдалённых сельских населённых пунктах, в других труднодоступных местах. Официальная информация Росстата, другие документы, например, госпрограмма РФ [6], не содержат данных по соотношению потребности количества медицинских работ-

ников к фактическому, что не даёт возможности чётко обозначить уровень укомплектованности с привязкой к численности населения и количеству медицинских учреждений. Вместе с тем имеющиеся статистические данные Росстата<sup>1</sup> позволяют сделать некоторые выводы.

Так, численность врачей на 10 тыс. человек населения в целом по России составляла, к примеру, в 2015 году – 45,9. Если сравнить указанные данные по отдельным регионам в том же 2015 году, имеющим минимальную и максимальную численность врачей на 10 тыс. человек населения, по российскому статистическому ежегоднику, то получим информацию, обобщённую и представленную в таблице 2.

Из табл. 2 видно, что максимальное обеспечение врачами в регионах на 10 тыс. человек населения в 2015 году приходилось на Санкт-Петербург – 73,8, Чукотский автономный округ – 65 и Республику Северная Осетия – Алания – 64,5. Минимально обеспечены врачами жители следующих трёх субъектов РФ – Чеченской Республики – 27 врача на 10 тыс. человек населения, Курганской области – 28,8 врача и Ленинградской области – 33,6. Получается, в Чеченской Республике в 2015 году численность врачей на 10 тыс. человек населения была в 2,73 раза меньше, чем в Санкт-Петербурге, в Курганской области – в 2,56 раза меньше, в Тульской – в 2,20.

<sup>1</sup> Российский статистический ежегодник. 2015: Стат. сб./Росстат. – М., 2015. 786 с.

В целом по стране обеспеченность регионов средним медицинским персоналом составляла 106 специалистов на 10 тыс. человек населения. Таким образом, сопоставив численность врачей на 10 тыс. человек населения – 45,9 и численность среднего медицинского персонала – 106, получаем: на одного врача в 2015 году приходилось примерно 2 работника из среднего медицинского персонала. И хотя публикуемые Росстатом данные по численности медицинского персонала в стране – в некотором роде «средняя температура по больнице», их сопоставление, анализ позволяет сделать вывод: население страны не обеспечено в достаточном количестве ни врачами, ни средним медицинским персоналом. Поэтому увеличение заработной платы медицинского персонала должно быть произведено без сокращения кадров.

Соглашаясь с приоритетной ролью роста оплаты труда медицинских работников, не следует рассматривать высокие заработки единственным способом мотивации работников. Есть и другие способы удовлетворения потребностей персонала, повышения его отдачи в работе. Исследованию систем мотивации посвящены работы авторов [Бобков, 2014, 3, с. 104–110], [Бобков, Волгин, 2014, 4, с. 29–35], [Дэниел Пинк, 2013, 8, с. 162], [Чемеринская, 2012, 17, с. 26–29] и другие. В завершение характеристики рассматриваемого соиндикатора своевременности медицинской помощи следует подчеркнуть, что в изученных отечественных исследованиях не нашла отражения проблема мотивации молодых специалистов – выпускников медицинских вузов к работе в отдалённых сельских поселениях. Чем ближе к месту проживания сельского населения располагается медицинское учреждение (даже с самой малой численностью персонала), тем своевременней может быть оказана медицинская помощь. В федеральной целевой программе [2013, 16, с. 12178] приведены следующие данные: около 60% летальных исходов при совершении ДТП приходится на догоспитальный пе-

риод, т.е. из-за несвоевременного прибытия бригады скорой помощи к месту ДТП и длительной доставки пострадавших в условия стационара. Указанная статистика – яркое свидетельство невысокого уровня своевременности медицинской помощи для одной из исследуемых категорий населения. Не всегда медицинские услуги, включая скорую медицинскую помощь, своевременны для жителей малочисленных и труднодоступных сельских поселений, для населения, работающего в труднодоступных местах. В таких местах медицинские организации (даже в виде медицинского пункта) нередко отсутствуют, а машина скорой медицинской помощи с бригадой медиков добирается к остро заболевшим по труднодоступным дорогам долго. Или вообще не приезжает, если её вызвать невозможно из-за отсутствия стационарных средств связи или нестабильной мобильной связи. Неблагоприятным сочетанием и того, и другого может служить пример деревни Брежнево Калужской области<sup>1</sup>. Для того, чтобы преодолеть непролазную грязь на дороге нужен не только автомобиль повышенной проходимости, но и умение водителя управлять транспортным средством в сложных дорожных условиях. Большие трудности жители испытывают в случае необходимости использования мобильной связи, например, для вызова скорой медицинской помощи: мобильная связь работает лишь на определённых участках населённого пункта. В деревне проживает всего 21 человек – в основном пожилого возраста. Приём больных осуществляется дважды в месяц приезжающим фельдшером. Для получения полноценной медицинской помощи нужно добираться в райцентр Ульяново, рейсовый автобус в который ходит дважды в неделю. О своевременной медпомощи никто даже не мечтает. Не следует упускать из виду и представителей населения, попавших в ДТП на отдалённых, безлюдных участках автомобильных дорог и получивших травмы

<sup>1</sup> URL: <http://www.AIF.ru> (дата обращения: 15.10.2014)

разной степени тяжести. Другими словами, определенные категории населения страны получают медицинскую помощь, оказываемую с применением автотранспорта, не своевременно. Региональные, районные, муниципальные органы здравоохранения при этом ничуть не волнуют, какие трудности приходится преодолевать жителям сельских поселений (особенно людям преклонного возраста) в длительных поездках на автотранспорте к месту расположения медицинского учреждения, в котором может быть оказана полноценная медицинская помощь врачами разных специальностей. Положение усугубляется и постоянным сокращением числа фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий, больниц, обслуживающих сельское население [Борта, 2015, 5], [Копитайко, 2015, 9], [Рошаль, 2014, 13]. Так, согласно данным Росстата<sup>2</sup>, в 2000 году число фельдшерско-акушерских пунктов составляло 44,6 тысяч, а в 2012 году – всего 34,8 тысяч. Число амбулаторно-поликлинических организаций в 2000 г. составляло 21,3 тыс., а в 2012 г. – 16,5 тыс. Больничных организаций в 2000 г. было 10,7 тыс., в 2012 г. – 6,2 тыс. Тем самым нарушаются принципы приближенности медицинской помощи к месту жительства населения и оказания медицинской помощи пациентам с учётом рационального использования их времени, предусмотренные статьями 6 и 10 Федерального закона № 323-ФЗ.<sup>3</sup>

Оценка ответственности руководителей федерального, региональных, муниципальных уровней и руководителей медицинских организаций следует из вышеизложенного. Разумеется, сложившаяся низкая ответственность руководителей, врачей и среднего медицинского персонала за порученное дело – не вновь возникшее явление. Снижение ответственности и как следствие ухудшение пока-

<sup>2</sup> Россия в цифрах. 2015: Крат. стат. сб./ Росстат – М., 2015 – 558 с.

<sup>3</sup> Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. № 48. ст. 6724. С. 15171-15237

зателей качества медицинской помощи (включая своевременности), происходило непрерывно в течение последних 20–25 лет. Этому способствовало и побуждало к дальнейшему ослаблению ответственности отсутствие должного спроса за бездействие с каждого работника отечественной медицины. В этом заключается главная причина невысокого уровня качества оказания медицинской помощи (в том числе её своевременности), особенно исследуемым категориям населения. Другой значимой причиной снижения качества медицинской помощи, её своевременности является неэффективное управление качеством медицинской помощи на федеральном, региональных, муниципальных уровнях и в медицинских организациях. Руководители всех рангов в системе здравоохранения – специалисты самой высокой квалификации в сфере медицины. В то же время все они, как правило, не обладают достаточными знаниями в области управления персоналом, органом здравоохранения, делами медицинской организации. По существу вышеназванные низкая ответственность и отсутствие действенного контроля за действиями подчинённых – составная часть существующей неэффективной системы управления качеством медицинской помощи. Иными словами, слабая ответственность и отсутствие надлежащего спроса за бездействие – соиндикаторы в системе менеджмента качества медицинской помощи. Следовательно, повышение ответственности и спроса за результаты невозможны без роста эффективности системы управления. Ещё одной важной причиной имеющихся упущений и недостатков в обеспечении своевременности медицинской помощи является недостаточное финансирование здравоохранения. Недостаточное финансирование – самое ходовое объяснение всех упущений и недостатков для большинства руководителей органов здравоохранения, медицинских организаций. Признавая уровень финансирования здравоохранения одним из значимых факторов в обеспечении качества медицинской помощи, её

своевременности, авторы считают недопустимым прикрывать серьёзные упущения и недостатки в работе лишь недостатком средств, что отражено в работах одного из авторов данной статьи [Бабич, 2014, 1, с. 29–35], [Бабич, 2015, 2, с. 115–122]. В 30-е и 40-е годы прошлого столетия здравоохранение финансировалось тоже в объёмах ниже потребных, но рост качества медицинской помощи населению достигался жёстким спросом с каждого медицинского работника от министра до медсестры. Как и в любой сфере деятельности, в здравоохранении прежде всего необходимо эффективное управление качеством медицинской помощи населению, предполагающее строгий спрос за бездеятельность, невнимание к пациентам, равнодушие. И уровень финансирования здесь не уместен в качестве дежурного оправдания.

### **Предложения по обеспечению константной своевременности оказания медицинской помощи**

Обозначив ряд причин недостатков в обеспечении своевременности медицинской помощи исследуемым категориям населения, авторы предлагают следующие меры:

1. В процессе реализации государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» на 2013–2020 годы [2014, 6, с. 4283–4407] обучение, повышение квалификации руководителей органов здравоохранения и медицинских организаций следует проводить не только в сфере медицины, но и основам эффективного управления организацией, системой качества медицинской помощи, руководству персоналом.

2. Федеральным, региональным, муниципальным органам здравоохранения организовать постоянную, результативную помощь в мотивации персонала в медицинских организациях:

- рост средней заработной платы согласно госпрограмме [2014, 6, с. 4314]: врачей – к средней зарплате по субъекту РФ со 137% в 2015

году до 200% в 2017–2020 гг.; для среднего и младшего медицинского персонала – с 79,3% и 52,4%, соответственно, в 2015 г. до 100% в 2017–2020 гг.;

- моральное (в сочетании с материальным) поощрение наиболее отличившихся медицинских работников на регулярной основе;

- создание условий для служебного (карьерного) роста персонала и показа перспективы роста с обеспечением открытости и гласности;

- создание комфортных условий для трудовой деятельности;

- формирование и предоставление соцпакета с привлекательными составляющими;

- регулярная объективная оценка качества работы медицинского персонала в непубличной форме, высказывание рекомендаций и пожеланий в случае необходимости;

- всесторонняя поддержка молодых семей, направленная на улучшение жилищных условий, закрепление кадров, повышение рождаемости, формирование образа успешной молодой семьи.

3. Минздраву РФ, руководителям субъектов РФ:

- провести радикальные изменения в части повышения ответственности каждого руководителя органа здравоохранения, медицинской организации за качество медицинской помощи населению, обеспечив её своевременность, доступность и результативность;

- осуществлять регулярные и эффективные проверки по обеспечению качества медицинской помощи населению, особенно жителям малочисленных, труднодоступных сельских поселений, в том числе независимую оценку качества оказания услуг медицинскими организациями согласно статье 79, вновь введённой в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ в июле 2014 г.;

- обеспечить реальный спрос за упущения и недостатки в работе региональных, муниципальных органов здравоохранения, медицинских организаций.

4. Руководителям региональных, муниципальных органов, медицинских организаций обеспечить нормальное техническое состояние

автомобильного транспорта в соответствии с изложенными в статье рекомендациями по поддержанию технической исправности ТС, применению автомобилей повышенной проходимости и ограничению пробега, срока эксплуатации ТС.

5. Руководителям медицинских организаций проводить укомплектование квалифицированными водителемскими кадрами, используя

рекомендации, изложенные в монографии [Москалева, 2012, 11, с. 380–384].

6. Для прекращения снижения численности медицинских организаций и численности медицинского персонала в процессе так называемой «модернизации» здравоохранения, проводимой субъектами РФ с одобрения Минздрава РФ и, соответственно, снижения своевремен-

ности оказания медицинской помощи населению, особенно жителям малочисленных, труднодоступных сельских поселений, Государственной Думе РФ в законодательном порядке или путём обращения в Правительство РФ подготовить законодательно-нормативный документ, запрещающий закрытие, объединение медицинских организаций в указанных сельских поселениях.

## Литература

1. *Бабич А.М.* Государственный контроль как эффективный фактор повышения результативности услуг в социальной сфере. // Социальная политика и социальное партнерство. 2014. № 4. С. 29–35.
2. *Бабич А.М.* «Дорожные карты» как инструмент социального бюджета. // Уровень жизни населения регионов России. 2015. № 2 (196). С. 115 – 122.
3. *Бобков В.Н.* Модель «Благополучие» для оценки и прогноза качества и уровня жизни населения региона. // Уровень жизни населения регионов России. 2014, № 1, с. 104–110.
4. *Бобков В.Н., Волгин Н.А., Курильченко Е.И.* Повышение минимальных гарантий по оплате труда – задача реальная // Уровень жизни населения регионов России. №2 (192). 2014 г. С.29–35.
5. *Борта Юлия.* Шагренева медицина. URL:<http://www.aif.ru> (дата обращения: 06.05.2015).
6. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294. Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. № 17. ст.2057. С. 4283–4407.
7. *Друкер П.* Эффективный руководитель/Пер. с англ. – М.: ООО «И.Д.Вильямс». 2007. – С. 73.
8. *Дэниел Пинк Драйв.* Что на самом деле нас мотивирует. Пер. с англ. [И.Трифонов]. – М.: Альпина Паблишер, 2013. – 280 с.: илл., табл.
9. *Копитайко Михаил.* Здравоохранение в умах. URL:<http://www.rg.ru> (дата обращения: 21.04.2015).
10. *Москалева Н.Б.* Доступность медицинской помощи населению, оказываемой с использованием автомобильного транспорта – ключевой показатель качества медицинских услуг. // Инновации и инвестиции. 2014. № 7. С. 188–193.
11. *Москалева Н.Б.* Экономические и организационно-технические методы обеспечения безопасной перевозки туристов автомобильным транспортом. Монография. – М.: ДПК Пресс. 2012. 448с., ил.
12. Основы организации и оказания скорой медицинской помощи при тяжёлых сочетанных повреждениях пострадавших вследствие ДТП/ГУ. Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. 2-е изд. с изм. и доп. – СПб., 2011. – 112с.
13. *Рошаль Л.М., Тутина Юлия.* Какой диагноз у нашей медицины? URL:<http://www.aif.ru> (дата обращения: 26.11.2014).

## References

1. *Babich A.M.* Gosudarstvennyj kontrol' kak jeffektivnyj faktor povysheniya rezul'tativnosti uslug v social'noj sfere. // Social'naja politika i social'noe partnerstvo. 2014. № 4. Pp. 29–35. (in Russ.)
2. *Babich A.M.* «Dorozhnye karty» kak instrument social'nogo bjudzheta. // Uroven' zhizni naselenija regionov Rossii. 2015. № 2 (196). Pp. 115 – 122. (in Russ.)
3. *Bobkov V.N.* Model' «Blagosostojanie» dlja ocenki i prognoza kachestva i urovnja zhizni naselenija regiona. // Uroven' zhizni naselenija regionov Rossii. 2014, № 1, Pp. 104–110. (in Russ.)
4. *Bobkov V.N., Volgin N.A., Kuril'chenko E.I.* Povyshenie minimal'nyh garantij po oplate truda – zadacha real'naja // Uroven' zhizni naselenija regionov Rossii. №2 (192). 2014 g. Pp. 29–35. (in Russ.)
5. *Borta Julija.* Shagrenevaja medicina. [Electronic resource]: Available at: <http://www.aif.ru> (Accessed: 06.05.2015). (in Russ.)
6. Gosudarstvennaja programma Rossijskoj Federacii «Razvitie zdavoohranenija». Utverzhdena postanovleniem Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 15 aprelja 2014 g. № 294. Sobranie zakonodatel'stva Rossijskoj Federacii. 2014. № 17. st. 2057. Pp. 4283–4407. (in Russ.)
7. *Druker P.* Jeffektivnyj rukovoditel'/Per. s angl. – M.: ООО «I.D.Vil'jams». 2007. – P.73. (in Russ.)
8. *Djeniel Pink Drajv.* Chto na samom dele nas motiviruet. Per. s angl. [I.Trifonova]. – M.: Al'pina Pablisher, 2013. – P. 280: ill., tabl. (in Russ.)
9. *Kopitajko Mihail.* Zdravoohranenie v umah. [Electronic resource]: Available at: <http://www.rg.ru> (Accessed: 21.04.2015). (in Russ.)
10. *Moskaleva N.B.* Dostupnost' medicinskoj pomoshhi naseleniju, okazyvaemoj s ispol'zovaniem avtomobil'nogo transporta – kljuchevoj pokazatel' kachestva medicinskih uslug. // Innovacii i investicii. 2014. № 7. Pp. 188–193. (in Russ.)
11. *Moskaleva N.B.* Jekonomicheskie i organizacionno-tehnicheskie metody obespechenija bezopasnoj perevozki turistov avtomobil'nym transportom. Monografija. – M.: DPK Press. 2012. P. 448, il. (in Russ.)
12. Osnovy organizacii i okazaniya skoroj medicinskoj pomoshhi pri tjazholyh sochetannyh povrezhdenijah postradavshih vsledstvie DTP/GU. Sankt-Peterburgskij NII skoroj pomoshhi im. I.I.Dzhanelidze. 2-e izd. s izm. i dop. – SPb., 2011. – P. 112. (in Russ.)
13. *Roshal' L.M., Tutina Julija.* Kakoj diagnoz u nashej mediciny? [Electronic resource]: Available at: <http://www.aif.ru> (Accessed: 26.11.2014). (in Russ.)

14. Татарников М.А. Руководство по управлению качеством медицинской помощи. // Приложение к журналу «Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи». 2012. 383с.

15. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Собрание законодательства Российской Федерации. 2012. № 19. ст.2335. С. 5861–5862.

16. Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 годах». Утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 3 октября 2013 г. № 864. Собрание законодательства Российской Федерации. 2013. № 41. ст.5183. С. 12171–12242.

17. Чемеринская Юлия. Как заинтересовать сотрудников, которые скептически относятся к любым видам мотивации. // Генеральный директор, персональный журнал руководителя. 2012. № 4. С. 26–29.

14. *Tatarnikov M.A.* Rukovodstvo po upravleniju kachestvom medicinskoj pomoshhi. // Prilozhenie k zhurnalu «Voprosy jekspertizy i kachestva medicinskoj pomoshhi». 2012. P. 383. (in Russ.)

15. Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii ot 7 maja 2012 g. № 598 «O sovershenstvovanii gosudarstvennoj politiki v sfere zdavoohranenija». Sobranie zakonodatel'stva Rossijskoj Federacii. 2012. № 19. st. 2335. Pp. 5861–5862. (in Russ.)

16. Federal'naja celevaja programma «Povyshenie bezopasnosti dorozhnogo dvizhenija v 2013–2020 godah». Utverzhdena postanovleniem Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 3 oktjabrja 2013 g. № 864. Sobranie zakonodatel'stva Rossijskoj Federacii. 2013. № 41. St. 5183. Pp. 12171–12242. (in Russ.)

17. *Chemerinskaja Julija.* Kak zainteresovat' sotrudnikov, kotorye skepticheski odnosjatsja k ljubym vidam motivacii. // General'nyj direktor, personal'nyj zhurnal rukovoditelja. 2012. № 4. Pp. 26–29. (in Russ.)

### Сведения об авторах

#### **Анатолий Михайлович Бабич**

доктор экономических наук, профессор, профессор кафедры Труда и социальной политики  
Российская академия народного хозяйства  
и государственной службы при Президенте  
Российской Федерации, Москва, Россия

#### **Наталья Борисовна Москалева**

кандидат экономических наук, доцент, докторант  
Эл. почта: [natalyamoskaleva@inbox.ru](mailto:natalyamoskaleva@inbox.ru)  
Тел.: (903)545-23-46  
Российская академия народного хозяйства  
и государственной службы при Президенте  
Российской Федерации, Москва, Россия

### Information about the authors

#### **Anatolij M. Babich**

Doctorate of Economic Sciences, Professor, Professor of the Department of Labor and Social Policy  
The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

#### **Natal'ya B. Moskaleva**

Candidate of Economic Sciences, Assistant professor, Doctoral student  
E-mail: [natalyamoskaleva@inbox.ru](mailto:natalyamoskaleva@inbox.ru)  
Tel.: 8(903)5452346  
The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia